

قانون و پرستار

چکیده:

همگام با رشد نقش ها و وظایف پرستاران، مسئولیت قانونی آنها نیز افزایش می یابد. قانون معیار و قاعده اخلاق و رفتار است که به وسیله دولت وضع شده و به اجرا در می آید. قوانین به طور اساسی حافظ حقوق عموم مردم می باشند. قواعد به قانون تبدیل می شوند، در صورتی که به وسیله اکثریت مردم یک کشور به رسمیت شناخته شده و دولت آنها را به اجرا در آورد. قانون به روش های مختلف تقسیم بندی می شود؛ قانون عمومی، قانون شخصی و قانون کیفری. چهار منبع قوانین شامل؛ قانون اساسی، قانون مدون، قانون اجرایی و حقوق عرفی می باشند. مقررات حرفه ای و قانونی در کار پرستاری شامل؛ قانون مراقبت پرستاری و معیارها است. این فرایند در واقع راههایی است که قابلیت های حرفه ای پرستاران را تضمین و محافظت می کند و سه مرحله اعتبار نامه، پروانه کار و گواهینامه دارد. **جرم** کاری نادرست علیه فرد یا اموال او که عملاً علیه جامعه در نظر گرفته می شود و به جنایت و خلافکاری تقسیم بندی می شوند. **شبه جرم** ارتکاب به کاری نادرست به وسیله یک فرد علیه فردی دیگر یا اموال وی را گویند و می تواند عمدی یا غیر عمدی باشد. شبه جرایم عمدی که به وسیله پرستاران ممکن است صورت گیرد شامل؛ تهدید و ایراد ضرب و جرح، هتک حرمت، تهاجم به حریم خصوصی، حبس ساختگی و کلاهبرداری است. شبه جرایم غیر عمدی شامل؛ قصور و تخلف می باشد. تعهد از چهار عنصر؛ وظیفه، عدم انجام وظیفه، علت و صدمات تشکیل شده است که برای اثبات قصور و تخلف به کار می رود. یک برآیند موفق در دادخواهی تخلف بستگی به متغیرهای بسیاری مثل؛ شواهد فیزیکی و وکلای ماهر دارد. زمانی که بیمار معتقد است که قصور پرستار یا سایر کارکنان مراقبت بهداشتی موجب بروز آسیب در او شده است، قوانین حقوقی را پیگیری کرده و یکی از سه برآیند پرستار به عنوان متهم، پرستار به عنوان شاهد جرم و پرستار به عنوان شاهد متخصص رخ می دهد. حفاظ های قانونی برای پرستار شامل؛ رضایت آگاهانه، قرارداد، مذاکره گروهی، صلاحیت اجرایی، آموزش بیمار، اجرای دستورات پزشک، گزارش نویسی، پرسنل کافی، بیمه مسئولیت حرفه ای، برنامه جامع کنترل خطر، گزارش های بروز، شیوع و خطر، و قانون افراد نیکوکار می باشد.

واژه های کلیدی: قانون، پرستار، حفاظ های قانونی

مقدمه :

همگام با رشد نقش ها و وظایف پرستاران، مسئولیت قانونی آنها نیز افزایش می یابد. در گذشته بسیاری از پرستاران تحت نظارت پزشک کار می کردند و تعداد کمی مسئولیت مراقبت را به عهده داشتند. حتی اگر فعالیت پرستاران مستقیماً به بیمار صدمه وارد می کرد، مسئولیت اولیه به طور مستقل به عهده مراکز اشتغال یا پزشک بود. امروزه، پرستاران به طور مستقل بررسی و تشخیص مشکلات بیمار، برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات پرستاری را انجام می دهند. تعهد و مسئولیت قانونی این اقدامات کاملاً به عهده پرستار می باشد (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

عوامل رفتاری، افزایش هزینه های درمانی، نیاز اقتصادی پرستاران، ذهنیت منفی و بدبینی بیماران و دخالت های غیر مجاز در امور پرستاری به عنوان علل خاص و افزایش سطح آگاهی مردم، آشنایی با منشور حقوق بیمار و اطلاع رسانی رسانه ها به عنوان علل عام در بالا رفتن نرخ شکایات مؤثر می باشد (کاظمیان و فرشید راد، ۱۳۸۵).

پرستاران به دو دلیل نیاز به آگاهی از مفاهیم قانونی دارند؛ اطمینان از این که تصمیم ها و اقدام های آنها بر طبق اصول قانونی رایج است و حمایت کردن پرستار از تعهد. کارکرد قانون در پرستاری شامل موارد زیر می باشد؛

- ۱- قانون چارچوبی برای قانونی بودن اقدام های پرستاری در مراقبت از مددجویان فراهم می کند.
- ۲- قانون مسئولیت های پرستار را از دیگر حرف بهداشتی افتراق می دهد.
- ۳- قانون به ایجاد مرزهای اعمال پرستاری مستقل کمک می کند.
- ۴- قانون به وسیله مسئول ساختن و پاسخگو بودن پرستار، به ایجاد معیاری برای مراقبتهای پرستاری کمک می کند (کوزیر و همکاران، ۲۰۰۴)

آشنایی جامعه پرستاران با علم روز و اجرای دقیق آن، در کنار آشنایی با شرح وظایف تعریف شده در هر گروه بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان و همچنین قوانین مطروحه در سیستم قضایی کشور می تواند ضمن ایجاد پشتوانه محکم برای حضور فعال و مؤثر در بالین بیماران، سبب آرایه عملکردی مبرا از قصور و خطا گردد (کاظمیان و فرشید راد، ۱۳۸۵).

شرح وظایف پرستاران :

■ مدیر پرستاری:

- برنامه ریزی برای بهبود فعالیت های ارایه خدمات مدد جویی
- به کار گیری نیروی انسانی بر اساس توانایی افراد
- تأمین نیازهای آموزشی و آشنایی با شرح وظایف کارکنان

■ سوپروایزر:

- کنترل حضور و غیاب کارکنان
- کنترل نحوه مراقبت های پرستاری از بیماران به ویژه بیماران بد حال
- برگزاری جلسات پرستاری برای رفع مشکلات
- نظارت بر چگونگی مصرف و نگهداری تجهیزات و داروها

■ پرستار :

- جلب اعتماد و اطمینان مددجو
- کسب اطلاع از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده بیمار
- همکاری در انجام آزمایش های کلینیکی و پاراکلینیکی
- اقدام های پرستاری در فوریت ها تا حضور پزشک
- اقدام های مراقبتی بر اساس استانداردهای حرفه پرستاری
- نظارت بر اقدام های همکاران دیگر
- کنترل و مراقبت از جسد
- انجام اقدام های ضروری برای پیشگیری از عفونت ها (کاظمیان و فرشید راد، ۱۳۸۵).

تعریف قانون :

قانون^۱ معیار و قاعده اخلاق و رفتار است که به وسیله دولت وضع شده و به اجرا در می آید. قوانین به طور اساسی حافظ حقوق عموم مردم می باشند (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸). قواعد به قانون تبدیل می شوند، در صورتی که به وسیله اکثریت مردم یک کشور به رسمیت شناخته شده و دولت آنها را به اجرا در آورد (هندریک، ۲۰۰۴).

قانون به روش های مختلف تقسیم بندی می شود؛

- قانون عمومی^۲ : قانونی است که به طور مستقیم دولت را در بر می گیرد و ارتباط میان افراد و دولت را تعیین می کند، از قبیل؛ توصیف قدرت دولت.
- قانون شخصی (قانون مدنی)^۳ : این قانون ارتباطات بین افراد را تعیین می کند و قانون مدنی در رابطه با قراردادهای، مالکیت دارایی و اقدامات پرستاری، پزشکی، دارویی و دندانپزشکی اعمال می گردد.
- قانون کیفری^۴ : مجموعه قوانین جزایی ایالتی و مرکزی که معرف فعالیت های کیفری از قبیل؛ قتل عمد و غیر عمد، قصور جنایی، سرقت و مالکیت غیر قانونی مواد مخدر است. چندین نوع از قوانین کیفری وجود دارد، اما همه آنها برای حفاظت و حمایت جامعه طراحی شده اند. قوانین مدنی و کیفری هر دو ممکن است بر روی یک موقعیت پرستاری به اجرا در بیایند (هندریک، ۲۰۰۴؛ تیلور و همکاران ۲۰۰۸؛ الیس و هارتلی، ۲۰۰۸).

منابع قوانین :

چهار منبع قوانین شامل؛ قانون اساسی^۵، قانون مدون^۶، قانون اجرایی^۷ و حقوق عرفی (قانون قضایی)^۸ وجود دارند؛

1-Law
2-Public Law
3-Private Law (Civil Law)
4-Criminal Law
5- Constitution
6- Legislation (Statutes)
7- Administrative Law
8- Common Law (Judicial Law)

- قانون اساسی: این قانون نشانگر چگونگی ایجاد و ارایه اقتدار دولت مرکزی و ایالتی است که ضوابط اخلاقی و آینده نگری را برای قوانین خاص مشخص می کند. گرچه آنها قوانین نسبتاً معدودی را در بر می گیرند، به عنوان راهنمایی برای هیئت مقننه انجام وظیفه می کنند.
- قانون مدون: قانونی که به وسیله هیئت مقننه وضع می گردد و با قانون اساسی مرکزی و ایالتی هماهنگی دارد مانند قوانین حرفه پرستاری.
- قانون اجرایی: کارکنان اجرایی (رئیس جمهور، فرمانداران و شهرداران)، اداراتی را که در میان سایر فعالیت ها، مسئول اجرای قانون هستند، اداره می کنند. این ادارات قدرت ایجاد قوانین و مقررات اجرایی را دارند، در انطباق با قانون مصوب که به عنوان قوانین عمل کرده و قابل اجرا هستند. بوردهای پرستاری ادارات اجرایی در سطح کشور بوده و قوانین و مقررات تصویبی آنها، قوانین اجرایی هستند.
- حقوق عرفی (قانون قضایی): دولت به عنوان یک سیستم قضایی مسئولیت رفع و رجوع اختلاف نظرات را به عهده دارد. دولت مجموعه قوانین سطوح منطقه ای، ایالتی و ملی را تفسیر و در موارد خاص به کار گرفته و در جهت اجرای قانون تصمیم گیری می کند. یک قسمت اصلی از قانون به نام قانون عرفی از گرد آوری تصمیم های قوه قضائیه به وجود می آید. قانون عرفی یک قانون دادگاه ساز است و اکثر تخلفات تحت پوشش همین قانون است. پس از آن که تصمیمی در دادگاه قانون گذار گرفته شد، اصول آن تصمیم به عنوان مقررات در موارد مشابه پیگیری می شود. اولین موردی که موجب تصمیم در قانون گذاری می شود را اصطلاحاً رویه قضایی گویند. تصمیم های دادگاه با توجیه قوی قابل تغییر است. قانون عرفی از به کار گیری دو دسته قوانین در مورد دو فرد با شرایط مشابه پیگیری می کند. در واقع تصمیم ها بر اساس موارد مشابه پیشین است (کوزیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیمبی، ۲۰۰۹؛ هندریک، ۲۰۰۴؛ تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

مقررات حرفه ای و قانونی در کار پرستاری:

مقررات حرفه ای و قانونی در کار پرستاری شامل؛ قانون مراقبت پرستاری و معیارها می باشد.

قانون مراقبت پرستاری^۹

قانون حرفه پرستاری در کشور مهمترین قانون تأثیر گذار بر فعالیت پرستاری است. از هر پرستار انتظار می رود در محدوده قوانین مقرر فعالیت نماید.

- ۱- اختیارات مورد پرستاری، جایگاه و قدرت آن را تعیین می کند.
- ۲- پرستاری و موانع فرا روی حوزه مراقبت پرستاری را مشخص می کند.
- ۳- انواع مجوزها و عناوین حرفه ای در پرستاری را تعیین می کند.
- ۴- روش چگونگی اخذ مجوز و ورود به حرفه پرستاری را توضیح می دهد.
- ۵- چگونگی و زمان تمدید مجوز را توضیح می دهد.
- ۶- آموزش مورد نیاز برای اخذ مجوز و انجام ارایه مراقبت پرستاران را بیان می کند.
- ۷- تعاریف و حیطه مراقبتی را در سطح مراقبت پرستاری تعیین می کند.
- ۸- فرایند چگونگی انتخاب اعضاء انجمن پرستاری و طبقه بندی اعضاء را مشخص کرده است.
- ۹- شرایط و موقعیت هایی که می توانند باعث طرح دعوی و یا تعلیق و ابطال مجوز پرستار شود را توضیح می دهد.
- ۱۰- گام های فرجام خواهی در هنگامی که پرستار احساس نماید، احکام تصویب شده بر علیه او ناعادلانه است را توضیح می دهد (بلایس و همکاران، ۲۰۰۶؛ تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

معیارها^{۱۰}

رعایت مقررات اختیاری و قانونی^{۱۱} موجب امنیت شغلی پرستاران می شود. همچنین سبب تأمین کیفیت مراقبت بهداشتی و حفاظت جامعه از فعالیت های خطرناک می شوند. معیارهای اختیاری به وسیله حرفه پرستاری طراحی و اجرا می شود. اجباری نیست، اما به عنوان راهنمایی دقیق برای فعالیت های پرستاری است. سازمان های حرفه ای پرستاری به طور مداوم عملکردها، معیارها و خصوصیات اعضای خود را بررسی می کنند. این سازمان ها به وسیله بررسی نیازهای جامعه و انتظارات مردم از پرستاری هدایت می شوند. ضوابط حرفه ای برای اعتبار برنامه های آموزشی و سازمان های خدماتی و معیارهای ارایه گواهی اشتغال پرستاران در حیطه های عمومی و تخصصی که به وسیله انجمن پرستاران آمریکا ارایه شده است از معیارهای اختیاری هستند. معیارهای قانونی به وسیله یک هیئت قانون گذار ارایه شده و با اقتدار کامل به منظور تعیین حداقل معیارهای آموزش پرستاران، تعیین ضوابط مورد نیاز و مجاز اشتغال و تصمیم گیری در زمینه تعویق یا فسخ پروانه کار پرستاران به اجرا در می آید (تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

صلاحیت^{۱۲}

این فرایند در واقع راههایی است که قابلیت های حرفه ای پرستاران را تضمین و محافظت می کند و سه مرحله دارد؛

- اعتبار نامه^{۱۳}: برنامه های آموزشی را از نظر وجود معیارهای اساسی ارزیابی کرده و به رسمیت می شناسد. دو نوع اعتبار نامه قانونی و اختیاری وجود دارد.
- پروانه کار^{۱۴}: حداقل نیازهای اساسی برای اعطای مجوز اشتغال در حرفه پرستاری را مشخص می کند. جواز^{۱۵} یک گواهی قانونی بوده که صلاحیت فرد را برای ارایه دانش و مهارت تخصصی به جامعه تأیید می کند و اشتغال بدون آن غیر قانونی است. جواز به دلیل مصرف بی

11-Voluntary and Legal Controls

12-Credentialing

13-Accreditation

14-Licensure

15-License

رویه الکل یا مواد مخدر، کلاهبرداری، فعالیت های جنایی، اعمال انضباطی، قصور عادی یا غیر قابل توجه و اختلالات جسمی یا عقلانی لغو یا به تعویق انداخته می شود. لغو پروانه کار از طریق مراحل خاص شامل؛ اخطار جهت رسیدگی، یک محاکمه عادلانه و منصفانه و تصمیم گیری دقیق بر اساس شواهد است.

■ گواهینامه^{۱۶} : فردی که معیارهای اساسی را در انجمنی غیر دولتی کسب کرده است، برای کار در حیطه ای اختصاصی مانند؛ بهداشت مادر و کودک، اطفال، بهداشت روان، سالمندی و پرستاری مدارس به رسمیت شناخته می شود. گواهینامه به منزله تثبیت حرفه تخصصی بوده و ضمانت اجرایی دارد. دریافت گواهینامه منوط به انجام آزمون اختصاصی و اختیاری است. انجمن پرستاران آمریکا از پیشگامان این مقوله است (کوزییر و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیلور و همکاران ۲۰۰۸).

جرائم^{۱۷} و شبه جرائم^{۱۸}:

جرم کاری نادرست علیه فرد یا اموال او که عملاً علیه جامعه در نظر گرفته می شود. فردی که قانون شکنی می کند، مجرم شناخته می شود. در اغلب موارد قانون کیفری به عنوان قانون مدون و به ندرت حقوق عرفی شناخته می شود. جرائم به جنایت و خلافکاری تقسیم بندی می شوند. جنایت از طریق حبس در زندان ایالتی یا مرکزی برای مدت بیش از یک سال مجازات می شود. خلافکاری جرمی خفیف تر از جنایت است و معمولاً از طریق جریمه، حبس کمتر از یک سال یا هر دو آزادی مشروط قابل تنبیه است. جرم نسبت به شبه جرم خلاقی جدی تر بوده و درگیری های قانونی بیشتری را نیز خواهد داشت.

شبه جرم ارتکاب به کاری نادرست به وسیله یک فرد علیه فردی دیگر یا اموال وی را گویند و موضوع دادگاه مدنی است. شبه جرم می تواند عمدی^{۱۹} یا غیر عمدی^{۲۰} باشد. شبه جرائم عمدی که به وسیله

16-Certification

17-Crimes

18-Torts

19-Intentional Torts

20-Unintentional Torts

پرستاران ممکن است صورت گیرد شامل؛ تهدید و ایراد ضرب و جرح^{۲۱}، هتک حرمت^{۲۲}، تهاجم به حریم خصوصی^{۲۳}، حبس ساختگی^{۲۴} و کلاهبرداری^{۲۵} است. شبه جرایم غیر عمدی شامل؛ قصور^{۲۶} و تخلف^{۲۷} می باشد.

تهدید به ایراد ضرب به موارد تهدید یا مبادرت به تماس بدنی با فرد دیگری بدون رضایت وی گفته می شود. مواردی مانند؛ تهدید به اجرای هر نوع فعالیتی، در صورت عدم همکاری بیمار یا تهدید به محدودیت بیمار به صورت کلامی در صورتی که او نیاز به این کار نداشته باشد یا تهدید بیمار به تزریق ویتامین به وسیله پرستار در صورت غذا نخوردن نمونه هایی از تهدید به ایراد ضرب می باشد.

ایراد ضرب و جرح به صورت اجرای تهدید به ضرب به شکل تماس بدنی با عصبانیت و بی حرمتی با بی توجهی با بدن یا لباس یا هر وسیله متصل یا حمل شده به وسیله فرد دیگر می باشد. مواردی مانند؛ در آوردن اجباری و همراه با خشونت لباس بیمار برای انجام تزریقات به دنبال امتناع بیمار، هل دادن بیمار به روی صندلی و تزریق دارو طبق تجویز پزشک در صورت امتناع بیمار نمونه هایی از ایراد ضرب می باشند.

هتک حرمت هنگامی روی می دهد که شخصی با اظهار مطالب اهانت آمیز در مورد دیگری موجب تحقیر اعتبار وی شود. هتک حرمت به دو صورت افترا^{۲۸} (گفتاری) و هجو^{۲۹} (نوشتاری) می باشد. مواردی مانند؛ اظهارات دروغین و یا اغراق آمیز پرستار در مورد بیمار یا همکارانش نمونه هایی از هتک حرمت می باشد.

صمیمیت پرستار با بیمار احتمال خطر قانونی **تهاجم به حریم خصوصی** بیمار را افزایش می دهد.

فعالیت های اساسی پرستاران که موجب تهاجم به حریم خصوصی بیمار می شود شامل؛

- نمایش غیر ضروری بیماران در زمان حرکت درون راهروهای مراکز بهداشتی یا مراقبت در اتاق

مشترک با دیگران.

21-Assault and Battery

22-Defamation

23-Invasion of privacy

24-False Imprisonment

25-Fraud

26-Negligence

27-Malpractice

28-Slander

29-Libel

- گفتگو با بیماران در اتاق های فاقد پوشش ضد صدا.
- بحث در زمینه اطلاعات بیمار با افرادی که محق دریافت اطلاعات نیستند.
- اصرار به دریافت اطلاعاتی که در طراحی مراقبت نقشی ندارند.
- تعامل با خانواده بیمار بر خلاف میل وی.
- کاربرد ضبط صوت، ماشین تحریر، کامپیوتر و موارد مشابه بدون توجه به محرمانه بودن اطلاعات بیمار.

- تهیه تکالیف کلاسی نوشتاری یا گفتاری در مورد بیمار بدون مشاوره با وی.
- اجرای پژوهش بدون توجه به مزاحمت برای بیمار.
- عکسبرداری کردن از بیمار بدون رضایت وی.
- افشای نام بیمار در یک گزارش عمومی.
- اجازه دادن به افراد غیر مجاز برای مشاهده مراقبت از بیمار.

حبس ساختگی، حبس غیر قابل توجیه یا ممانعت از حرکت فردی دیگر بدون کسب رضایت وی می باشد. کاربرد حفاظ بدون فکر و هدف برای بیمار از موارد قانونی حبس ساختگی است. هیچ فردی را نمی توان تحت فشار قانونی در مراکز بهداشتی نگاه داشت، حتی زمان که کارکنان بهداشتی بر این باور هستند که بیمار نیاز به مراقبت بیشتری دارد. امضاء فرم های مخصوص در زمان اصرار بیمار به ترخیص از مرکز بهداشتی مؤید آن است که مرکز مسئولیتی نسبت به عواقب ناشی از ترک بیمارستان ندارد. بیماران روانی در صورت احتمال صدمه به خود و دیگران بدون رضایت به مراکز روانپزشکی برای بستری اجباری و درمان سپرده می شوند. به طور کلی هنگامی تهدید یا ایراد ضرب و جرح روی می دهد، صلاحیت بیمار یک عامل تعیین کننده است که آیا مورد حبس ساختگی روی داده است؟ یا این که موقعیت حفاظت بیمار از صدمه بوده است؟

کلاهبرداری یعنی تحریف عمدی و هدفدار که سبب نقصان یا صدمه به فرد یا اموال وی بشود. فرد کلاهبردار تصویر غلطی از خود به منظور کسب پروانه کار پرستاری ارایه می دهد.

قصور، انجام عملی است که یک فرد دور اندیش به طور منطقی در شرایط مشابه انجام نمی دهد، یا بر عکس عدم انجام عملی که یک فرد دور اندیش به طور منطقی در شرایط مشابه انجام خواهد داد. قصور عمدی یا غیر عمدی است.

– **تخلف**، قصوری است که به وسیله کارکنان متخصص انجام می شود (کوزییر و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیمبی، ۲۰۰۹؛ تیلور و همکاران ۲۰۰۸؛ چیتی و بلاک، ۲۰۰۷).

شش طبقه اصلی قصور که منجر به طرح دعوی تخلف می شود عبارتند از :

۱- نارسایی در پیگیری معیارهای مراقبتی (نارسایی در انجام بررسی و طراحی برنامه مراقبتی هنگام پذیرش بیمار، پروتکل ها یا سیاستها و روشهای مؤسسه ، پیگیری دستورات کتبی و شفاهی پزشک و ...).

۲- نارسایی در استفاده از تجهیزات در یک وضعیت مسئولانه (نارسایی در پیگیری توصیه های کارخانه سازنده، بررسی ایمنی تجهیزات قبل از استفاده، جای گذاری تجهیزات ضمن درمان، آموزش چگونگی کارکرد تجهیزات و ...).

۳- نارسایی در ارتباط (نارسایی در شنیدن شکایات بیماران و عمل کردن به آنها، ارتباط مؤثر با بیماران و ...).

۴- نارسایی در ثبت (نارسایی در یادداشت کردن پیشرفت بیمار و پاسخ وی به درمان، صدمات وارده به بیمار، دستورات پزشکی، اطلاعات درباره مکالمه تلفنی با پزشک شامل؛ زمان، محتوا و کارهای انجام شده و ...).

۵- نارسایی در بررسی و پایش بیمار (نارسایی در اجرای برنامه مراقبتی ، تفسیر علایم و نشانه های بیمار و ...).

۶- نارسایی در حمایت بیمار (نارسایی در فراهم کردن یک محیط امن برای بیمار و ...) (چیتی و بلاک، ۲۰۰۷).

عناصر تعهد^{۳۰}:

از چهار عنصر زیر تشکیل شده است که برای اثبات قصور و تخلف به کار می رود:

- وظیفه^{۳۱}: تعهد ارایه مراقبت یعنی آنچه که یک پرستار دور اندیش به طور منطقی انجام خواهد داد و بر اساس ملاک مراقبت مناسب برای پرستار بیمار است.
- عدم انجام وظیفه^{۳۲}: اختلال در کاربرد معیارهای مراقبت است.
- علت^{۳۳}: مشکل ترین عنصر تعهد است که نارسایی در به کارگیری ضوابط مراقبتی می باشد که عملاً موجب بروز ضایعات شده است، نشان می دهد.
- صدمات^{۳۴}: آسیب و ضایعه وارده به بیمار (جسمی، روانی یا مالی) است (برنت، ۲۰۰۱؛ تیمبی، ۲۰۰۹؛ تیلور و همکاران ۲۰۰۸).

معیارهای مراقبت:

آیا قصور انجام شده به معیارهای مراقبت ارتباط دارد؟ یک فرد دور اندیش به طور منطقی در شرایط مشابه چه کاری را انجام بدهد یا ندهد. کلیه پرستاران موظف به دنبال روی از معیارهای مراقبت برای حیطه های خاص فعالیت شان می باشند. هدف از معیارهای مراقبت حمایت از مشتری (مددجو) است. این معیارها برای ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری و بنابراین راهنمای قانونی برای مراقبتهای پرستاری است. معیارهای مراقبت به دو صورت داخلی و خارجی وجود دارند. معیارهای مراقبت داخلی شامل؛ توصیف شغلی، آموزش و روشها و سیاستهای مؤسسه (بیمارستان) و معیارهای مراقبت خارجی شامل؛ قوانین حرفه پرستاری، سازمان های حرفه ای، سازمان های ویژه پرستاری و سازمان های دولتی می باشند (تیلور و همکاران ۲۰۰۸، کوزیر و همکاران، ۲۰۰۴).

30-Liability
31-Duty
32-Breach of Duty
33-Cusation
34-Injury

دادخواهی تخلف^{۳۵}

یک برآیند موفق در دادخواهی تخلف بستگی به متغیرهای بسیاری مثل؛ شواهد فیزیکی و وکلای ماهر دارد. زمانی که بیمار معتقد است که قصور پرستار یا سایر کارکنان مراقبت بهداشتی موجب بروز آسیب در او شده است، قوانین حقوقی را پیگیری کرده و یکی از سه برآیند پرستار به عنوان متهم، پرستار به عنوان شاهد جرم، پرستار به عنوان شاهد متخصص معمولاً رخ می دهد:

- پرستار به عنوان متهم^{۳۶}: پرستار متهم باید همراه با وکیل دعاوی جهت دفاع از خود آماده شود که وکیل دعاوی امنیت پرستار را از طریق خود پرستار یا مرکز اشتغال وی تأمین می کند.
- پرستار به عنوان شاهد جرم^{۳۷}: پرستار به عنوان فردی که از وقوع حقایق مطلع است همراه با وکیل دعاوی برای ادای شهادت در نقش شاهد جرم فراخوانده می شود که پس از ادای سوگند باید شهادت خود را بر پایه اطلاعات دست اول از واقعه استوار کند. گزارش دقیق و صحیح بهترین گواه پرستار است.
- پرستار به عنوان شاهد متخصص^{۳۸}: پرستار به وسیله وکیل جهت ادای شهادت به عنوان شاهد متخصص فرا خوانده می شود. حضور جهت برخی از توضیحات برای قاضی و هیئت منصفه در مورد وقایع بر اساس پرونده بیمار و اظهار عقیده در باره این که آیا مراقبت های پرستاری با تکیه بر معیارهای قابل قبول ارایه شده است می باشد. این پرستاران نیاز به زمینه آموزشی محکم و تجربه بالینی قوی برای مقابله با اتهامات دارند. همچنین نیاز به درک موارد قانونی و تخلف ها در پرستاری و آگاهی از قانون کشوری حرفه پرستاری و معیارهای مراقبت پرستاری در محل بروز وقایع دارند (کوزیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

35-Malpractice Litigation
36-Nurse as Defendant
37-Nurse as Fact Witness
38-Nurse as Expert Wittness

حفاظت‌های قانونی برای پرستار

■ در کلیه مراکز مراقبت بهداشتی، رضایت آگاهانه^{۳۹} و اختیاری بیمار برای پذیرش درمان‌های متداول، کاربرد هر روش تشخیصی اختصاصی یا درمان داخلی یا جراحی و اجرای هر گونه روش‌ها و درمان‌های تجربی ضرورت دارد. رضایت باید به صورت کتبی، طراحی شده برای روش‌اجراء و امضاء شده به وسیله بیمار یا مسئول قانونی بیمار باشد و اگر زندگی و سلامت بیمار به تأیید متخصص در شرایط اورژانسی مورد تهدید قرار گرفته باشد، در صورت عدم توانایی بیمار یا عدم حضور مسئول قانونی او کسب رضایت امضاء شده ضرورت ندارد. کسب رضایت آگاهانه برای حمایت در دعوی حقوقی ارزشمند است. ارتقاء سطح سلامت بیمار و توسعه قدرت تصمیم‌گیری درباره خود از مزایایی اصلی رضایت آگاهانه می‌باشد. عناصر سازنده رضایت آگاهانه شامل موارد زیر می‌باشد؛

■ افشاگری^{۴۰}: بیمار یا نماینده وی از ماهیت روش، خطرات، تغییرات ()

انصراف از درمان) و این واقعیت که هیچ برابندی ضمانت نمی‌شود، آگاه است.

■ جامعیت^{۴۱}: بیمار یا نماینده وی قادر به تکرار صحیح گفتاری آنچه که رضایت داده‌اند می‌باشد.

■ صلاحیت^{۴۲}: بیمار اطلاعات مورد نیاز را درک کرده و قادر به استدلال ارزشها است و الویت‌ها را رعایت می‌کند. نماینده وی نیز از موارد فوق آگاه است.

■ اختیارها^{۴۳}: بیمار برای رضایت یا امتناع مختار است و مراقبت به دور از هر نوع فریب کاری و زورگویی انجام خواهد شد.

کسب رضایت آگاهانه به عهده شخصی است که روش تشخیصی یا درمانی یا پژوهشی را اجراء می‌کند. نقش پرستار تأیید فرم امضاء شده رضایت در پرونده بیمار و پاسخ‌گویی به سؤالهای بیمار در

39-Informed Consent

40-Disclosure

41-Comprehension

42-Competence

43-Voluntariness

زمینه رضایت نامه است. در برخی موارد پس از آن که پزشک روش کار، خطرات و محاسن و درمان های دیگر را برای بیمار شرح داد، پرستار موظف به کسب فرم امضاء شده از بیمار است. موارد ثبت فرایند رضایت در فرم چاپ شده نباید با توضیح های ارایه شده به او و فرم رضایت او در تضاد باشد. در زمان ثبت رضایت، پرستار باید آگاهی بیمار از محتوای امضاء بررسی نموده و مشکلات را به پزشک گزارش کند. پیامدهای عدم کسب رضایت نامه معتبر شامل؛ احتمال ایراد ضرب و جرح علیه پرستار، پزشک و مراکز مراقبت بهداشتی است. امتناع بیمار از امضاء رضایت نامه باید ثبت شود و بیمار باید از عواقب احتمالی آن آگاه گردد. بیمار باید فرم سلب مسئولیت را امضاء کند. این فرم امتناع بیمار را از رضایت نشان داده و پرستار، پزشک و مرکز را از مسئولیت پیامدهای این عمل تبرئه می کند. این اظهاریه باید با شاهد تصدیق شود (کوزیر و همکاران، ۲۰۰۴، تیلور و همکاران ۲۰۰۸؛ چیتی و بلاک ۲۰۰۷).

نتایج مطالعه حاجوی و همکاران (۱۳۸۲) با عنوان بررسی وضعیت تکمیل رضایت نامه های بیماران بستری در سه مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران نشان داد که در ۷/۲ درصد بیماران فرم های رضایت نامه آگاهانه و ۷۱/۵ درصد فرم های رضایت نامه به ترتیب نام و نام خانوادگی و آدرس کامل بیمار ثبت نشده بود. ۱/۲ درصد فرم ها فاقد هر گونه تایید رضایت (چه از طریق امضاء یا اثر انگشت) بودند. در ۵/۴ درصد فرم ها خط خوردگی داشته اند در ۲/۴ درصد بیماران علل رغم نداشتن سن قانونی رضایت داده بودند و در ۳/۶ درصد به وسیله افرادی غیر از بستگان سببی و نسبی تایید شده بود. در ۸۷/۶ درصد در مواقع اورژانس فرم ها دارای نام و نام خانوادگی بود، در صورتی که در موارد غیر اورژانس این میزان به ۹۴/۷ درصد رسیده است. همچنین در ۷۷/۶ موارد اورژانس، رضایت نامه ها به تایید شاهد رسیده در صورتی که این میزان در موارد غیر اورژانس به ۵۹/۹ درصد بوده است. در ۹۶/۹ درصد کل پرونده های بررسی شده دارای فرم دیگری به نام فرم براءت بودند. پژوهشگران نتیجه گیری نمودند با توجه به این که هدف از اخذ رضایت، کمک به بیمار جهت اخذ بهترین تصمیم بوده و با توجه به اهمیت فرم های رضایت نامه برای بیمار و مراکز درمانی، آموزش کارکنان بخش پذیرش در زمینه اهمیت تکمیل و عواقب ناقص بودن این فرم ها لازم است.

قرارداد^{۴۴} پیمانی است که بین دو نفر بسته می شود و این موافقت می تواند به صورت نوشتاری یا گفتاری باشد، اگر چه اثبات قرارداد گفتاری بسیار مشکل است. برای آن که قراردادی قابلیت اجرای قانونی داشته باشد باید موافقت واقعی طرفین قرارداد، بررسی معتبر، هدف قانونمند، سلامت طرفین و نیازهای رسمی قانونی را دارا باشد. پرستاران شاغل قراردادهایی معتبر و تعهدات قانونی را با کارفرما و بیماران شان منعقد می سازند. آگاهی کامل ایشان از محتوای قرارداد قبل از موافقت بسیار حایز اهمیت است.

مذاکره گروهی^{۴۵} فرایندی قانونی است که به ارایه اشتغال سازمان یافته کارکنان با موافقت بر سر مواردی مانند؛ دستمزد، ساعت کار و شرایط کار می پردازد. موارد حکمیت، اعتصاب و تهدید به اعتصاب ممکن است به منظور بهبود وضعیت اشتغال و تقویت قراردادهای به کار روند. بسیاری از پرستاران انجمن پرستاری کشور خود را به عنوان سازمانی برای ارایه مذاکره انتخاب می کنند.

صلاحیت اجرایی^{۴۶} مهمترین و بهترین حفاظ قانونی پرستاران می باشند و ثبت دقیق کلید آن است. پرستاران باید از کفایت زمینه آموزشی و تجربه بالینی خود به منظور تکمیل توانمندی های موظف خویش مطمئن باشند. حفاظ های قانونی شامل؛ محدوده قانونی حرفه، پیگیری روش ها و سیاستهای سازمانی، مالکیت نقاط قوت و ضعف شخصی، ارزیاب وظایف محوله و امتناع از پذیرش مسئولیت هایی که آمادگی آن را ندارد، در جریان ماندن، رعایت حقوق بیماران و توسعه تفاهم با بیماران، تنظیم گزارش های دقیق و همکاری با مرکزی به منظور ارتقاء حمایت از سیاست های درمانی است. صلاحیت اجرایی ارتقاء حساسیت به منابع شایع ایجاد صدمه به بیمار (افتادن، کاربرد محافظ و تجهیزات معیوب) را شامل می شود و معیارهایی برای پیشگیری از تخلف در پرستاری، شکایات متداول علیه پرستاران و روش پیشگیری از آن را مطرح می کند.

آموزش بیمار^{۴۷} در برخی کشورها وظیفه قانونی پرستار است. معیارهای آموزش به بیمار از معیارهای حرفه ای ملی و قوانین کشورهای حرفه پرستاری، معیار توصیف شده در سیاست ها، روش ها و توصیف

44-Contract

45-Collective Bargaining

46-Competent Practice

47-Patient Education

شغلی مرکز مراقبت بهداشتی مشتق می شود. فرم های مخصوص ثبت بررسی نیازهای یادگیری بیماران به وسیله پرستاران و به منظور آموزش های بعدی در بسیاری از مراکز موجود می باشد. نارسایی در هدایت یا ثبت نیازهای یادگیری و یاددهی به عنوان یک سهل انگاری تلقی می شود.

پرستاران مسئول قانونی **اجرای دستورات پزشک**^{۴۸} برای بیمار هستند مگر آن که اجرای دستوری موجب بروز صدمه در شخص بشود.

گزارش نویسی^{۴۹} دقیق یک محافظ سرنوشت ساز قانونی برای پرستار است. گزارش باید به صورت واقعی، صحیح، دقیق، کامل و به موقع ثبت شود. فرض قانون آن است که اگر مواردی ثبت نشده است، انجام نشده است.

پرسنل کافی^{۵۰} از دیگر حفاظ های قانونی برای پرستاران است. کمبود تعداد کارکنان مشکلی است که موجب کاهش کیفیت مراقبت پرستاری شده و ایمنی بیمار را به خطر می اندازد. اگر بیمار دچار صدمه ای شود، مرکز و پرستار شاغل هر دو شریک جرم شناخته می شوند.

افزایش تعداد و تخلفات پرستاری، پرستاران را به فکر **بیمه مسئولیت حرفه ای**^{۵۱} انداخته است. بسیاری از مراکز مراقبت بهداشتی به امید کاهش میزان تخلف های برنامه های کنترل خطر را به منظور تشخیص، تجزیه و تحلیل و مهار خطرات طراحی کرده اند. عناصر یک **برنامه جامع کنترل خطر**^{۵۲} شامل موارد زیر است:

۱- برنامه ایمنی: هدف آن ایجاد فضایی امن برای تأمین نیازهای ایمنی بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان است.

۲- برنامه محصولات ایمنی: هدف تضمین تجهیزات ایمن و کافی است.

۳- برنامه تضمین کیفیت: هدف تأمین کیفیت مراقبت بهداشتی برای بیماران است که ارزیابی پیشرفته کلیه سیستم های کاربردی در مراقبت از بیمار را در بر می گیرد.

48-Executing Physician Orders

49-Documentation

50-Adequate Staffing

51- Professional Liability Insurance

52-Risk Management Programs

گزارش های بروز، شیوع و وقوع^{۵۳} در مراکز مراقبت بهداشتی به منظور ثبت هر نوع رخداد غیر معمول که موجب ایجاد صدمه در بیمار، کارکنان یا ملاقات کننده شده، به کار می رود و به منظور شناسایی خطرات استفاده می شوند. پرستار مسئول بروز صدمه بالقوه یا بالفعل یا شاهدان حادثه افرادی هستند که فرم بروز را تکمیل می کنند. در برخی کشورها این گزارش ها به عنوان مدرکی در دادگاه به کار می رود.

قانون افراد نیکوکار^{۵۴} به منظور حمایت از متخصصین بهداشتی که در شرایط اورژانس به کمک افراد می آیند، طراحی شده است. به جز در شرایط کاری، هیچ فردی وظیفه قانونی جهت کمک به دیگری ندارد و متخصصین بهداشتی نیز مانند سایرین، می توانند کمک یا رها کردن صحنه اورژانس را انتخاب کنند. در بسیاری از شرایط تعهد اخلاقی موجب کمک رسانی می شود.

مسئولیت های قانونی دانشجویان

دانشجوی پرستاری مسئولیت هر گونه قصور در اعمال خود که موجب بروز صدمه در بیمار گردد، را به عهده دارد. آنها بر اساس معیار مراقبتی که عملکرد یک پرستار فارغ التحصیل را ارزیابی می کند، بررسی می شوند. آمادگی دقیق جهت هر گونه تجربه جدید بالینی و آگاه نمودن مربی بالینی خود از عدم آمادگی در انجام روش ها از وظایف قانونی دانشجویان پرستاری است. اگر دانشجوی پرستاری تحت نظارت برنامه کنترل بیمارستانی به عنوان پرسنل بیمارستان در نظر گرفته شود، بیمارستان نیز مسئولیت هر نوع قصور را به عهده دارد. در صورتی که مربیان پرستاری وظایف دانشجو در ارایه مهارت بالینی را بیش از سطح صلاحیت وی قرار دهند یا از عهده نظارت دقیق و منطقی بالینی بر نیایند، در مسئولیت بروز صدمات حاصل در بیمار سهیم می باشند. اغلب برنامه های پرستاری دانشجویان را ملزم به بیمه تعهد حرفه ای شخصی می نماید (کوزیر و همکاران ۲۰۰۴، تیلور و همکاران ۲۰۰۸، تیمبی ۲۰۰۹؛ چیتی و بلاک ۲۰۰۷).

53-Incident Reports

54-Good Samaritan laws

خطای پرستاری به معنی کوتاهی از انجام استانداردهای مراقبتی و پرستاری می باشد. مبنای این

استانداردها، وظایف و مسئولیت های مصوب وزارت بهداشت و درمان است. بر این اساس قصور در

پرستاری در دو شکل سهل انگاری و تخلف انتظامی مورد بحث قرار می گیرد؛

۱- سهل انگاری پرستاری که بحث اصلی قصور در این بخش بوده است و معمولاً در محاکم قضایی و

پس از انجام کارشناسی در سازمان پزشکی قانونی و یا سازمان نظام پرستاری، منجر به صدور رأی می

گردد. مطابق ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی قصور در چهار شکل امکان بروز می یابد؛

الف: بی مبالاتی : ترک فعلی که از نظر فنی و علمی انتظار انجام آن می رود.

ب: بی احتیاطی : انجام فعلی که از نظر علمی انتظار انجام آن نمی رود.

ج: عدم مهارت: حالتی که مرتکب، تجربه و مهارت علمی و عملی کافی در انجام آن ندارد.

د: عدم رعایت نظامات دولتی: عدم رعایت و اجرای کلیه قوانین و بخشنامه ها و

دستورالعمل های مقامات ذیربط.

۲-تخلف انتظامی پرستاری: از نظر قانونی، این تخلفات جرم محسوب نشده و مجازاتی در قانون برای

آن مشخص نگردیده است، ولی صاحبان حرفه پرستاری، بر اساس تعهدی که در سازمان نظام

پرستاری به آن داشته اند ملزم به رعایت آن جهت حفظ شئون حرفه ای می باشند. رسیدگی به این

تخلفات در هیأت های بدوی و تجدید نظر استانی صورت گرفته و مجازات های خاص خود مانند

توبیخ شفاهی یا کتبی، محدودیت از انجام خدمات به صورت کوتاه مدت یا طولانی مدت را خواهند

داشت. (کاظمیان و فرشید راد، ۱۳۸۵).

نتیجه گیری:

هدف اصلی و غایی حرفه پرستاری تأمین بهبودی و سلامت انسانها است و موضوع نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از پرستاران به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی از مسایل مهم مورد بحث جامعه می باشد که در مراکز پزشکی و حقوقی مورد بحث قرار می گیرد. پرستار باید قانون را به عنوان عنصر کلیدی کار خود بشناسد تا در فرایند تصمیم گیری در موارد حقوقی، حمایت و در صورت نیاز محافظت شود.

منابع فارسی :

- حاجوی اباذر ، پیری زکيه ، شاهمرادی لیلا ، اسدی نیره، خردمند سکینه، اویسی معصومه، اربابی مهدی (۱۳۸۷) بررسی وضعیت تکمیل رضایت نامه های بیماران بستری در سه مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران. مدیریت سلامت، ۳۳ (۱۱): ۵۵-۶۲.
- کاظمیان محمد، فرشید راد سمیرا (۱۳۸۵)، آشنایی با قوانین جزایی و شرح وظایف حرفه پرستاری. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۲(۲): ۱۰۸-۱۲.

REFERENCES:

-Blais K.K., Hayes J.S., Kozier, B., Erb, G. (2006). Professional nursing practice: Concepts and perspectives. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Brent, N.J. (2001) *Nurses and the law: A guide to principles and applications*,. 2nd ed.
Philadelphia: Saunders.**
- Chitty, K.K., & Black, B.P. (2007) *Professional nursing concepts & challenges*, 5th ed. St. Louis : Saunders.**
- Ellis , J.R., & Hartlley C.L. (2008) *Nursing in today's world trends, issues, and management*,9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.**
- Fry, S.T., & Johnstone, M-J.(2008) *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*, 3rd ed. United Kingdom: Blackwell Publishing.**
- Hendrik, J.(2004) *Foundations in nursing & health care*. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.**
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S.(2004) *Fundamentals of nursing. Concepts, process, and practice*, 7th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.**
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. & Lynn, P.(2008) *Fundamentals of nursing. The art and Science of nursing care*, 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.**
- Timby, B.K.(2009). *Fundamentals nursing skills and concepts*, 9th ed.
Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.**